Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner.)

Über eine besondere klinische Verlaufsweise der Perityphlitis aktinomykotica.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Rudolf Tischler,
approbierter Arzt in Breslau.

Breslau 1923.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Melchior.
2. „ Prof. Dr. Küttner.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Die Aktinomykose, eine Infektionskrankheit der Menschen und Tiere, ist erst seit den letzten Dezennien des vorigen Jahrhunderts genauer bekannt. Ihr Erreger, der Aktinomyzespilz, wurde beim Rinde von Bollinger, beim Menschen von J. Israel entdeckt. Die Übertragung erfolgt durch Getreidegrannen und -körner, sodaß hauptsächlich die ländliche Bevölkerung von ihr befallen wird, und zwar ist das männliche Geschlecht prozentual stärker vertreten als das weibliche.

In der Klinik der Erkrankung spielt die Eingangspforte eine bedeutende Rolle. Es kommen vor allem als Erkrankungssitz der Digestionstraktus, dann der Respirationstraktus und schließlich jede Stelle der äußeren Haut in Frage. Grundbedingung ist eine Läsion der in Frage kommenden Stelle, in der sich der Aktinomyzespilz ansiedeln kann.

Entsprechend der Eintrittspforte ist auch die Lokalisation eine durchaus typische. Man unterscheidet hauptsächlich zwischen Aktinomykose des Kopfes, der Lungen und des Darmes.

Prädilektionsort für den Darm ist das Coecum und die Appendix. Der Verlauf der so entstehenden Perityphlitis aktinomykotica ist in der Regel ausgesprochen chronisch. Man unterscheidet klinisch dabei drei Stadien:

I. Das Stadium der Anfangserscheinungen,
II. das der Tumorbildung und
III. das der Fistelbildung.

Außer diesen chronisch verlaufenden Fällen gibt es ausnahmsweise solche, die einen durchaus akuten Verlauf nehmen. Wegen der Seltenheit dieser Fälle sei eine in der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik beobachtete akute Perityphlitis aktinomykotica mitgeteilt.

Berta N., 14 Jahre alt, erkrankte plötzlich mit Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Daselbst besteht starke défense musculaire und intensive Druckempfindlichkeit. Ferner ist eine etwa handtellergroße Resistenz zu fühlen. Infolge Verschlechterung des Allgemeinbefindens und Fieberzunahme wird von Professor Melchior inzidiert. Durch derbe Adhäsionsmassen kommt man auf eine ziemlich kleine nicht einheitliche Abszeßhöhle, aus der sich reichlich Eiter entleert, dessen bakteriologische Untersuchung Aktinomyzes ergibt.

Die Patientin erholt sich rasch, die Wunde granuliert gut, es findet Röntgenbestrahlung in drei Sitzungen statt und schon 4 Wochen nach erfolgter Operation kann die Patientin mit einer geringen, gut granulierenden Hautwunde entlassen werden. Etwa ein halbes Jahr später ist zwar die Patientin unter ileusartigen Erscheinungen gestorben, doch ist anzunehmen, daß es sich um einen Adhäsionsileus gehandelt hat.

Als Ursache des so eigenartigen Krankheitsbildes der akut beginnenden und akut verlaufenden Perityphlitis aktinomykotica ist nach Bostroem anzunehmen, daß es sich um eine besondere Reaktion des betroffenen Körpergewebes bezw. des Gesamtorganismus handelt, zu vergleichen mit der Reaktion der akut verlaufenden Phthise. Hier wie dort ist die Reaktionstätigkeit des betroffenen Körpergewebes und des Gesamtorganismus dem Erreger gegenüber nur gering, sodaß es unter akuten, stürmischen Erscheinungen zur Zerstörung des Gewebes kommt. Und wie die akute Phthise rasch zum Tode führt, sind auch die Aussichten für die akute Aktinomykose nicht sehr günstig. Zum Teil führen derartige Fälle rasch zur Pyämie und damit zum Exitus letalis, oder sie gehen, nachdem durch

die Inzision die ersten stürmischen Erscheinungen abgeklungen sind, in die chronische Form über, sodaß schließlich nach langjähriger Eiterung die Patienten doch noch an allgemeiner Erschöpfung zugrunde gehen.

Im vorliegenden Falle kommt es zu rascher Heilung, sodaß die Gutartigkeit des Verlaufs auf eine schwächere Virulenz des Aktinomyzespilzes zurückgeführt werden muß.

Alles in allem kann man wohl sagen, daß das Eigenartige des beschriebenen Falles in dem Zusammentreffen einer besonderen Reaktionsform des Körpergewebes mit einem Aktinomyzespilz von gutartiger Form besteht.